

ໃບສະນັກນີ້ແມ່ນຜູ້ສະເພາະອຳການຊ່ວຍເຫຼືອປະກັນໄພສຸຂະພາບທີ່ມີນັ້ນ. ຖ້າທ່ານຕ້ອງການຮ້ອງການຊ່ວຍເຫຼືອຢ່າງອື່ນໆ, (ເຊັ່ນ ບັດອາຫານ), ໃຫ້ຕິດຕໍ່ກັບທີ່ທຳການບໍລິການຊຸມຊົນ (CSO) ຕາມທີ່ຕ້ອງຖືກຂອງທ່ານ.



- ທ່ານໄດ້ເຮັດໃຊ້ໃບຄຳຮ້ອງແລ້ວບໍ່?
- ທ່ານໄດ້ຮຽນແລກປະກັນສິ່ງຄົມ (ໄຊໂຊ) ໃສ່ແລ້ວບໍ່?
- ຖ້າເດັກຂອງທ່ານຍັງບໍ່ມີເສັ້ນຊຸດອະເມຣິກັນ, ທ່ານໄດ້ຕິດຕໍ່ສຳເລັດຄວາມສາມາດຂອງຄວາມຈິດຈຳໄປບໍ່ແລ້ວບໍ່?

ເພື່ອບໍລິການຢ່າງວ່ອງໄວ, ໃຫ້ພົ້ນໃຈວ່າໃບຄຳຮ້ອງແມ່ນໄດ້ຕື່ມຢ່າງຄົບຖ້ວນ.

**ຮາບໄດ້** ຈຳນວນເງິນທີ່ທ່ານໄດ້ຮັບ (ກ່ອນຫັກພາສີແລະຄ່າອື່ນໆ).

<b>11</b> ຊື່ແລະເລກໂທຂອງນາຍຈ້າງຂອງພໍ່ແມ່	ຮາບໄດ້ສິ້ນໆໃນຄອບຄົວ	ຈຳນວນໄດ້ຮັບໃນ <b>30</b> ມື້ຜ່ານມາ	ຄົນໃດໃນຄອບຄົວທີ່ມີຮາບໄດ້ນີ້?
( )	<b>15</b> ເງິນສົ່ງດັກ	\$	
<b>12</b> ຈຳນວນເງິນທີ່ທ່ານໄດ້ຮັບ <b>30</b> ມື້ຜ່ານມາ ກ່ອນຫັກພາສີແລະຄ່າອື່ນໆ:	<b>16</b> ເບີຮູ້ສຽງຜິວເມັຽ	\$	
\$ _____	<b>17</b> ເງິນສົ່ງຄົມສິ່ງເຄາະ	\$	
ໃນເງິນຈຳນວນນີ້ ເງິນທີ່ອອກຈາກເຮັດວຽກເອງທີ່ໃດ? *	<b>18</b> ເງິນວ່າງງານ	\$	
\$ _____	<b>19</b> ຮາບໄດ້ການຄຸງທຶນທອກເບີຮູ/ສະເຮັດສ່ວນແບງຮາບໄດ້	\$	
<b>13</b> ຊື່ແລະເລກໂທນາຍຈ້າງຂອງຜົວເມັດສີເມັຽ (ຫລິ້ນຜົວເມັດສີໃນເຮືອນ):	<b>20</b> ເງິນນັກຮົບກົກ	\$	
( )	<b>21</b> ເງິນກົມແຮງງານແລະອຸສາຫະກັມ	\$	
<b>14</b> ຈຳນວນເງິນທີ່ຜົວເມັດສີເມັຽ (ຫລິ້ນຜົວເມັດສີທີ່ຢູ່ໃນບ້ານ) ໄດ້ຮັບໃນ <b>30</b> ມື້ຜ່ານມາ ກ່ອນຫັກພາສີຫລືຮາບຈ່າຍອື່ນໆອອກ:	<b>22</b> ເງິນເບີຮູສົ່ງຕ່າງໆຂອງທ່ານ	\$	
\$ _____	<b>23</b> ອື່ນໆ (ກະລຸນາອະທິບາຍ)	\$	
ໃນເງິນຈຳນວນນີ້ ເງິນທີ່ອອກຈາກເຮັດວຽກເອງທີ່ໃດ? *	<b>24 A</b> ທ່ານຕ້ອງການໃຫ້ຄ່າຮ່ວມຈ່າຍຄ່າການພະຍາບານທີ່ຄ້າງຄາ - ພາບໃນ <b>3</b> ເດືອນ - ແກ່ເດັກຄົນໃດໜຶ່ງ ທີ່ທ່ານຮ້ອງຂໍໃຫ້ບໍ່? ແມ່ນ <input type="checkbox"/> ບໍ່ແມ່ນ <input type="checkbox"/>		
\$ _____	<b>24 B</b> ຖ້າ " ແມ່ນ " ກະລຸນາສົ່ງສຳເນົາຮາບໄດ້ຂອງຄອບຄົວໃນເດືອນທີ່ທ່ານຂໍໃຫ້ມີການທົບທວນນັ້ນ.		

\* ຖ້າທ່ານຫລິ້ນຜົວເມັດສີເມັຽຂອງທ່ານ (ຫລິ້ນຜົວເມັດສີທີ່ຢູ່ໃນບ້ານ) ຫາກເຮັດວຽກຄົວບົດເອງ, ທ່ານອາດໄດ້ຮັບການລຸດຢ່າງອື່ນ. ກະລຸນາໂທເລກ **1-877-KIDS-NOW** ເພື່ອຂ້າວຂໍ້ມູນເພີ່ມເຕີມຫລືຄ່ອຍເຫລືອໃນການຮ້ອງຂໍ.

**ຂ້າວຂໍ້ມູນການປະກັນໄພສຸຂະພາບ** ໃຫ້ບອກປະກັນໄພສຸຂະພາບທຸກຢ່າງທີ່ເດັກຂອງທ່ານມີແລ້ວໃຫ້ພວກເຮົາຮູ້.

<b>25 A</b> ມີເດັກຜູ້ໃດຜູ້ໜຶ່ງທີ່ທ່ານຂໍປະກັນໄພສຸຂະພາບໃຫ້ມີເສັ້ນຊຸດມີປະກັນໄພສຸຂະພາບມາກ່ອນແລ້ວບໍ່? ມີ <input type="checkbox"/> ບໍ່ມີ <input type="checkbox"/>	<b>25 B</b> ຖ້າ " ມີ " ການປະກັນໄພນັ້ນຄຸ້ມກັນການພົບໝໍ, ໂຮງໝໍ, ເຮັດສັດເຮ (ຮັງສີວິທະຍາ) ແລະການບໍລິການ ທ້ອງທົດລອງວິທະຍາສາດບໍ່? ມີ <input type="checkbox"/> ບໍ່ມີ <input type="checkbox"/>	<b>26 A</b> ໃນສິ່ງເດືອນທີ່ຜ່ານມາ, ລູກຂອງທ່ານເຮົາໄດ້ຮັບປະກັນໄພຈາກການຈັບປັ່ນທີ່ກ່ຽວກັບວຽກງານບໍ່? ເຮົາ <input type="checkbox"/> ບໍ່ເຮົາ <input type="checkbox"/>	<b>26 B</b> ຖ້າ "ເອີບ" ຄ່າປະກັນໄພທີ່ຈ່າຍປະຈຳເດືອນທ່ານວ່າ <b>\$50</b> ຕໍ່ເດືອນບໍ່ແມ່ນ <input type="checkbox"/> ບໍ່ແມ່ນ <input type="checkbox"/>
<b>27</b> ຖ້າທ່ານຕອບວ່າ "ແມ່ນ" ຕໍ່ຄຳຖາມຂໍໃດໜຶ່ງຢູ່ເທິງນີ້, <b>25 a</b> ຫລື <b>b</b> , <b>26 a</b> ຫລື <b>b</b> , ໃຫ້ຂຽນເຊື່ອປະກັນໄພຄົນລົງຜ່ານຊື່ຂອງນາຍຈ້າງທີ່ໃຫ້ປະກັນໄພສຸຂະພາບແກ່ເດັກທຸກຄົນ.			
ຊື່ປະກັນໄພສຸຂະພາບຫລືນາຍຈ້າງ	ເລກປະຈຳຕົວ	ຊື່ຜູ້ຮັບການປະກັນ	ເລກສັງຄົມ (ໄຊໂຊ) ຂອງຜູ້ຮັບການປະກັນ (ຕາມໃຈເລືອກ)

**ພື້ນຖານປະວັດຄຸນເຜົ່າກຸ່ມຊົນ ຂອງເດັກ (ຂໍ້ມູນຕາມໃຈສະນັກ)**

ພວກເຮົາຖາມຄວາມສະນັກໃຈຂອງທ່ານໃຫ້ບອກພື້ນຖານຄຸນເຜົ່າຫລືກຸ່ມຊົນຂອງເດັກຂອງທ່ານ. ຂໍ້ມູນນີ້ຈະບໍ່ຖືເອົາເປັນເງື່ອນໄຂການພິຈາລະນາເຖິງຄວາມເໝາະສົມການໄດ້ຮັບການຊ່ວຍເຫຼືອແຕ່ຢ່າງໃດ.

<input type="checkbox"/> ຊາວອະເມຣິກັນອິນດຽນຫລືຄຸນເຜົ່າເດີມອາລາສກາ	<input type="checkbox"/> ຄົນເຮຣຽນ	<input type="checkbox"/> ຄົນດຳຫລືຊາວແອລເບີກັນ	<input type="checkbox"/> ຄົນຮິສແປນິກ ຫລືລາຕິໂນ
<input type="checkbox"/> ຊົນເຜົ່າຮາວຍຫລືຊາວເກາະປາຊີຟິກອື່ນໆ	<input type="checkbox"/> ຄົນເມັດຂາວ	<input type="checkbox"/> ອື່ນໆ _____	

ການຈຳແນກແບ່ງອັນດັບນະແມ່ນຫວງຫ້າມໃນທຸກໆໂຄງການແລະທຸກກິດຈະກຳທີ່ດຳເນີນງານໂດຍຫ້ອງການສັງຄົມສິ່ງເຄາະແລະສາທາລະນະສຸກ (DSHS). ບໍ່ມີໃຜຈະຖືກຈຳແນກຈາກໂຄງການແລະກິດຈະກຳຕ່າງໆເຊັ່ນດື່ມພື້ນຖານຊາວອັນດັບນະ, ຜົວພັນ, ຄວາມເຊື່ອຖື, ຄວາມເຊື່ອຖືລັດທິການເມືອງ, ແຕ່ລູກເຮົາເດີມ, ສາສນາ, ອາຍຸ, ເພດ, ຫລືສະພາບຄວາມພິການ.

**ໃຫ້ອ່ານຢ່າງຖືກຕ້ອງກ່ອນທີ່ຈະເຊັນ**

ໃບຄຳຮ້ອງນີ້ແມ່ນໃຊ້ສະເພາະອຳການປະກັນໄພສຸຂະພາບແກ່ເດັກທ່ານນັ້ນ. ຖ້າສະມາຊິກຄອບຄົວຂອງທ່ານຄົນໃດຫາກໄດ້ຮັບການຊ່ວຍເຫຼືອເສັ້ນຊຸດຢ່າກວ່າເຮົາ, ບັດອາຫານ, ຫລືການຊ່ວຍເຫຼືອຢ່າງອື່ນ, ກະລຸນາຕິດຕໍ່ກັບຫ້ອງການຊ່ວຍເຫຼືອ DSHS ຊຸມຊົນຕາມເຮືອນຂອງທ່ານ (CSO).

- ກົມ DSHS ອາດຖາມໃຫ້ທ່ານຍິ່ງຢືນຂໍ້ມູນທີ່ທ່ານຍື່ນໄປເພື່ອເປັນເງື່ອນໄຂການພິຈາລະນາການຊ່ວຍເຫຼືອ. ທ່ານອາດຂໍໃຫ້ກົມ DSHS ຊ່ວຍໃນການຫາຂໍ້ມູນຢັ້ງຢືນກໍ່ໄດ້.
- ຂໍ້ມູນຂອງທ່ານອາດຖືກທົບທວນຈາກສັດອິນຫລືການຈັດຕັ້ງຕ່າງໆຂອງຮູບປະທັບກາງກໍ່ເປັນໄດ້. ຂໍ້ມູນນີ້ຈະບໍ່ຖືກແບ່ງປັນແລກປ່ຽນກັບຫ້ອງການກຳກັບຄົນເຮົາເມືອງ (INS).
- ການຮ້ອງຂໍແລະໄດ້ຮັບການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານການປະກັນໄພສຸຂະພາບ, ທ່ານໄດ້ໃຫ້ສິດແກ້ໄຂຊື່ຕົນໃນການຊ່ວຍເຫຼືອຊື່ນສຸຂະພາບແລະແກ່ກຸ່ມທີ່ສາມໃນການຈ່າຍຄ່າປະກັນໄພສຸຂະພາບ.
- ກົມ DSHS ອາດແບ່ງປັນຂໍ້ມູນການສຶກຢາກັນໂຮກຂອງເດັກຂອງທ່ານກັບສະບັບການຕິດຕາມປະວັດການສຶກຢາກັນໂຮກຂອງເດັກ.

ການຮ້ອງການແລະການເຊັນຊື່ ຮ້າມະເຈົ້າໄດ້ອ່ານແລະໄດ້ເຂົ້າໃຈ ຂໍ້ມູນໃນໃບສະນັກນີ້ແລ້ວ. ຮ້າມະເຈົ້າຂໍຮຽນວ່າ, ພາບໃດທີ່ການເວົ້າເທັດຕໍ່ຕຸລາການ, ຂໍ້ມູນທັງໝົດທີ່ໃຫ້ມາແມ່ນຄວາມຈິງ, ຖືກຕ້ອງ ແລະຄົບຖ້ວນຕາມຄວາມເຂົ້າໃຈອັນດີທີ່ສຸດຂອງຮ້າມະເຈົ້າ.	ອາບເຊັນຂອງຜູ້ຮ້ອງຂໍ  X _____  ວັນທີ _____
--	---

ວິທີຢືນ

ໃຫ້ສິ່ງເຖິງ: <b>Dept. of Social and Health Services</b> <b>P.O. Box 45449</b> <b>Olympia, WA 98504-5449</b>	ເພື່ອຮັບການຊ່ວຍເຫຼືອເຫລືອ: ຖ້າທ່ານຕ້ອງການໃຫ້ຄ່າຮ່ວມ ຫລືມີຄ່າຖາມ, ກະລຸນາໂທ <b>1-877-KIDS-NOW.</b> <b>(1-877-543-7669)</b>
---	---



# ບໍ່ເສັຽຄ່າ ຫລື ຈ່າຍຮາຄາຕ່ຳ

## ປະກັນໄພສຸຂະພາບ

### ສຳຮັບເດັກ ແລະ ໄວໜຸ່ມທົ່ວໆໄປໃນຮັດວໍຊິງຕັນ

# 1-877-KIDS-NOW

ໂທບໍ່ຕ້ອງເສັຽຄ່າ (1-877-543-7669)

ມີຜູ້ຮັບສາຍທີ່ຄອບຄຸມທ່ານຢູ່ ຈາກ **8** ໂມງເຮົາ ເຖິງ **5** ໂມງແລງ ຈາກວັນຈັນ - ວັນສຸກ, ຫລືສິ່ງໃບຄຳຮ້ອງຂອງທ່ານໄປມື້ນີ້ໂດຍ  
 ຂ້າວຂໍ້ມູນຢັ້ງຢືນສາມາດພົບເຫັນໄດ້ຈາກແວບໂຊທ໌ຂອງພວກເຮົາທີ່: <http://hipspokane.org/HKN/>  
 ກົມສັງຄົມສິ່ງເຄາະແລະສາທາລະນະສຸກຂອງຮັດວໍຊິງຕັນ DSHS 22-394(x) LA (Rev. 3/03)

### 1. ເດັກເປັນຕົ້ງຜັນໆຄົນທີ່ຍັງມີເງື່ອນໄຂໄດ້ຮັບ

ໂຄງການນີ້ແມ່ນພ່ອນຜັນໄດ້ແລະຄຸ້ມກັນເດັກທີ່ຢູ່ໃນຄອບຄົວທີ່ແຕກຕ່າງກັນ.

- ເດັກທີ່ມີພໍ່ຫລິຜມທີ່ນັ້ນ
- ຄົນໝູ່ເທື່ອາຍຸລູດ 19 ປີ)
- ເດັກທີ່ພໍ່ແມ່ໄປເຮັດວຽກ
- ທີ່ຢູ່ດ້ວຍຕົນເອງ
- ເດັກທີ່ຢູ່ກັບພໍ່ເຖົ້າແມ່ເຖົ້າສູ່ຫລິຜບ່າ
- ເດັກທີ່ມີບັນຫາສຸຂະພາບຕ່າງໆຢູ່ແລ້ວ
- ຫລິອບຄົວອື່ນຫລິຜູ່
- ເດັກມີສອງພໍ່ສອງແມ່

### 2. ການບໍລິການໃດແດ່ທີ່ຄຸ້ມກັນ?

ໂຄງການປະກັນໄພສຸຂະພາບຄຸ້ມກັນການບໍລິການໃນວົງກວ້າງທີ່ເດັກຕ້ອງການຄວາມເປັນຢູ່ມີສຸຂະພາບສົມບູນ. ເມື່ອໃດເດັກກອງທ່ານຫາກໄດ້ຮັບການບໍລິການ, ທ່ານຈະໄດ້ຮັບຂ່າວເພີ່ມວ່າຈະໄດ້ການພະຍາບານແບບໃດ. ການບໍລິການສອງສາມຢ່າງຮວມທັງ:

- ການນິຍທ່ານພິເສດພະຍາບານທຸກເທື່ອ
- ນອນໂຮງພິເສດພະຍາບານສຸກເສີນ
- ການປິ່ງແຂ້ວ
- ໃບສັ່ງຢາ
- ກວດສຸຂະພາບແລະສັກຢາກັນໂຮກ
- ແວ່ນຕາແລະຫູຫີບ
- ການບໍາບັດຮ່າງກາຍແລະການຢາກເວົ້າ
- ການວາງແຜນຄອບຄົວ
- ການອິນສັ່ງໄປຝຶບໝໍທຸກເທື່ອ
- ການປຶກສາອົບຮົມ!

### 2. ຈະຮູ້ຢ່າງໃດວ່າເດັກຂອງອ້າພະເຈົ້າຈະມີເງື່ອນໄຂໄດ້ຮັບ?

ຮະນິບແມ່ນງ່າຍດາຍແລະຫລາຍຄອບຄົວມີເງື່ອນໄຂໄດ້ຮັບ. ຮາຍໄດ້, ຈຳນວນຄົນໃນຄອບຄົວ, ໃຊ້ແຜນໃຈຮວມເອົາຄົນຖືພາວ່າເປັນສະມາຊິກຄອບຄົວ ແລະບາງຮາຍໄດ້ປະຈຳເດືອນ ແມ່ນຖືກທົບທວນເມື່ອເງື່ອນໄຂເພາະສິມໄດ້ຮັບ. ເມື່ອເບິ່ງວ່າເດັກຂອງທ່ານຈະເໝາະສົມໄດ້ຮັບຫລືບໍ່, ໃຫ້ປະຕິບັດຕາມຂໍ້ນຳບຸກຢູ່ລຸ່ມນີ້, ແລ້ວປຽບທຽບຮາຍໄດ້ປະຈຳເດືອນຂອງທ່ານໃສ່ກັບຕາຕະລາງຮາຍໄດ້.

<b>ຂໍ້ 1</b>	ໃຫ້ຂຽນຮາຍໄດ້ຂອງຄອບຄົວ (ກອນຮັກພາສີອອກ)	\$ _____
	• ລົບຮາຍຈ່າຍປະຈຳເດືອນທີ່ທ່ານຈ່າຍຄ່າແລະເດັກຫລືຜູ້ໃຫຍ່ທີ່ກ່ຽວກັບການເຮັດວຽກ	_____
	• ລົບຮາຍຈ່າຍຄ່າສານສິ່ງລ້ຽງລູກປະຈຳເດືອນ ສຳຮັບລູກຂອງທ່ານທີ່ຢູ່ນອກບ້ານ	_____
	• ໃຫ້ລົບ \$90 ຕໍ່ຜູ້ໃຫຍ່ແຕ່ລະຄົນໃນບ້ານທີ່ເຮັດວຽກ	_____

<b>ຂໍ້ 2</b>	ໃຫ້ປຽບທຽບເບິ່ງວ່າທ່ານມີເງື່ອນໄຂໄດ້ຮັບຫລືບໍ່ ຖ້າຮາຍໄດ້ຄອບຄົວຂອງທ່ານຫາກໃກ້ກັບຈຳນວນທີ່ບອກໃນຕາຕະລາງ, ລູກຂອງທ່ານອາດມີເງື່ອນໄຂໄດ້ຮັບການປະກັນໄພສຸຂະພາບທີ່ບໍ່ຕ້ອງເສັຽຄ່າຫລືຈ່າຍໃນຈຳນວນຕ່ຳ!	= _____
--------------	--	---------

ຫລາຍຄົນມີຮາຍໄດ້ຫລາຍແຕ່ກໍຍັງມີເງື່ອນໄຂໄດ້ຮັບການຊ່ວຍເຫລືອ. ຖ້າຮາຍໄດ້ຂອງທ່ານສູງກວ່າທີ່ຍັງໃນຕາຕະລາງ, ໃຫ້ໂທ **1-877-KIDS-NOW** ເພື່ອຮາຍປະເຣດຊຸດມື້ນີ້ເຕີມ.

ຈຳນວນຄົນໃນຄອບຄົວ (ລວມພໍ່ແມ່ແລະເດັກ)	ປະກັນໄພສຸຂະພາບທີ່ບໍ່ເສັຽຄ່າ ປະເມີນຮາຍໄດ້ຕໍ່ເດືອນ (ຫລັງຈາກຫັກອອກ ຕາມຂັ້ນ 1)	ປະກັນໄພສຸຂະພາບເດັກທີ່ບໍ່ເສັຽຄ່າ ປະເມີນຮາຍໄດ້ຕໍ່ເດືອນ (ຫລັງຈາກຫັກອອກ ຕາມຂັ້ນ 1)
1	ສູງເຖິງ <b>\$1,497</b>	<b>\$1,498</b> ເຖິງ <b>\$1,871</b>
2	ສູງເຖິງ <b>\$2,020</b>	<b>\$2,021</b> ເຖິງ <b>\$2,525</b>
3	ສູງເຖິງ <b>\$2,544</b>	<b>\$2,545</b> ເຖິງ <b>\$3,180</b>
4	ສູງເຖິງ <b>\$3,067</b>	<b>\$3,068</b> ເຖິງ <b>\$3,834</b>
5	ສູງເຖິງ <b>\$3,590</b>	<b>\$3,591</b> ເຖິງ <b>\$4,488</b>
ຫລາຍກວ່າ	ໃສ່ເນັ້ນ \$524 ຕໍ່ສະມາຊິກຄອບຄົວແຕ່ລະຄົນ	ໃສ່ເນັ້ນ \$656 ຕໍ່ສະມາຊິກຄອບຄົວແຕ່ລະຄົນທີ່ເນັ້ນ

ຮະດັບຮາຍໄດ້ແມ່ນໃຊ້ໃນຈົບເຖິງວັນທີ 31 ເດືອນມີນາ ປີ 2004. ຕາຕະລາງແມ່ນໃຊ້ສະເພາະກັບການປະກັນໄພແກ່ເດັກທີ່ອາຍຸຕ່ຳກວ່າ 19 ປີທີ່ນັ້ນ. ໂຄງການສິມທີ່ມີຮຽກຮ້ອງຕ່າງກັນໃນເງື່ອນໄຂການໄດ້ຮັບຊ່ວຍເຫລືອແມ່ນມີສຳລັບຄອບຄົວ, ຜູ້ຍິງທີ່ຖືພາ, ໃຫ້ໂທເລກບໍ່ເສັຽຄ່າໃນເລກ **1-877-KIDS-NOW** ເພື່ອຮາຍປະເຣດຊຸດມື້ນີ້.

### 1. ການຮ້ອງຂໍກູ່ງ່າຍດາຍ!

- ໃຫ້ປະກອບໃບຄຳຮ້ອງທີ່ຕິດຂັດມາກັບຂ່າວສານໃບນີ້.
- ໃຫ້ຈັກເຈົ້າໜ້າເຈັຽໃບຄຳຮ້ອງອອກມາ.
- ໃຫ້ຈັກເຈົ້າຊອງອອກຈາກໃບຄຳຮ້ອງ.
- ໃຫ້ພໍ່ໃບຄຳຮ້ອງແລ້ວສອດໃສ່ຊອງ. ພ່ອນຖືໄປສະນີບ່ອນໃດກໍໄດ້! ບໍ່ຕ້ອງການຕິດສະແຕັມ.
- ເດັກແມ່ນຖືວ່າຕ້ອງມີປະກັນໄພສຸຂະພາບກອນ.
- ເດັກທີ່ບໍ່ເໝາະສົມໄດ້ຮັບຢ່າງບໍ່ເສັຽຄ່າກໍໄດ້ຮັບແບບຈ່າຍປະກັນໄພສຸຂະພາບຖືກລົງ (CHIP).

### 2. ເດັກຂອງອ້າພະເຈົ້າຈະໄດ້ຮັບປະກັນໄພສຸຂະພາບໄວປານໃດ?

- ການອະນຸມັດປະກັນໄພສຸຂະພາບແກ່ເດັກແລະໄວໝູ່ ຈະມີຜົນໃຊ້ໃກ້ຈາກວັນທີ່ໜຶ່ງຂອງເດືອນທີ່ໄດ້ຮັບໃບຄຳຮ້ອງຂອງເຈົ້າເຈົ້າ!
- ທ່ານຈະໄດ້ຮັບຈັດພາບພາບໃບ 6 ອາທິດເພື່ອເຮັດຈັງທ່ານຊາບຖ້າເດັກຂອງທ່ານຈະເໝາະສົມໄດ້ຮັບ.
- ເມື່ອເດັກຂອງທ່ານຫາກຖືກອະນຸມັດ, ເຈົ້າເຈົ້າສາມາດຮັບການພະຍາບານໄດ້ທັນທີ.
- ເມື່ອໃຫ້ໄດ້ການບໍລິການໄວ, ໃຫ້ຕື່ມໃບຄຳຮ້ອງໃຫ້ຄົບຖ້ວນ.

### 1. ໂຄງການດີຢ່າງມະຫາສານຕໍ່ເດັກທຸກຄົນໃນຮັດວໍຊິງຕັນ

- ເມດິເຄດ - ປະກັນໄພສຸຂະພາບຝຣີ
- ຄຸ້ມກັນເດັກແລະໄວໝູ່ທີ່ອາຍຸຕ່ຳກວ່າ 19 ປີ.
- ໃຫ້ເບິ່ງຕາມຫ້ອງສີແດງ ເມື່ອອໍຣະນະນຳຮາຍໄດ້.
- ຄຸ້ມກັນໃດບໍ່ຕ້ອງເສັຽຄ່າ (ບໍ່ມີຄ່າປະຈຳເດືອນຫລືຈ່າຍຮ່ວມໃດໆ).
- ເມື່ອໃດເດັກຫາກເໝາະສົມໄດ້ຮັບແລ້ວ, ໃບຄ້າງໝໍຄຳພະຍາບານສາມເດືອນທີ່ຜ່ານມາກໍ່ອາດຈ່າຍໃຫ້.

- ໂຄງການ **CHIP** - ປະກັນໄພສຸຂະພາບເດັກໃນຮາຄາຕຳ
- ໃຫ້ເບິ່ງຕາມຫ້ອງສີຝ້າເມື່ອອໍຣະນະນຳຮາຍໄດ້.
  - ຈ່າຍຄ່າປະຈຳເດືອນ:
    - ເດືອນລະ \$10 ໂດລາ (\$30 ໂດລາສູງສຸດຕໍ່ເດັກສາມຄົນຂຶ້ນເມື່ອ).
  - ຄົນອະເນຣິກັນອິນດຽນແລະຊາວເຜົ່າເດີມອາລາສກ້າບໍ່ຕ້ອງຈ່າຍຄ່າປະຈຳເດືອນ ຫລືຄ່າຈ່າຍຮ່ວມແຕ່ຢ່າງໃດ.

ສຳລັບການຊ່ວຍເຫລືອຢູ່ໃນຊຸມຊົນຂອງທ່ານ ໃຫ້ໂທຫາ:



**ສື່ສານ** Washington State Department of Social & Health Services **ໃບຄຳຮ້ອງສຳຮັບການຊ່ວຍການປະກັນໄພສຸຂະພາບແກ່ເດັກ**

ໃບຄຳຮ້ອງນີ້ແມ່ນໃຊ້ສຳຮັບການຊ່ວຍປະກັນໄພສຸຂະພາບແກ່ເດັກແລະຊາວໝູ່ທີ່ມີອາຍຸລູດ 19 ປີທີ່ນັ້ນ. ພໍ່ແມ່, ຜູ້ປົກຄອງ, ຜູ້ເຮັດວຽກລົງມື້ນຖານຊ່ວຍສັງຄົມ, ໝູ່ຄູ່, ຫລື ໄວໝູ່ ທີ່ອໍສຳລັບເຈົ້າເຈົ້າອາດຕື່ມໃບຄຳຮ້ອງໄດ້. ພວກເຮົາຈະສັ່ງຂ່າວຂໍ້ມູນຕິດຕາມທັງໝົດໃຫ້ຄົນທີ່ມີຊື່ຢູ່ຫ້ອງເລກໜຶ່ງນັ້ນ. ຖ້າທ່ານມີຄຳຖາມໃດໆແລະປາກໃຫ້ຊ່ວຍຕື່ມໃບຄຳຮ້ອງນີ້, ພຽງແຕ່ໃຫ້ໂທເລກ

1-877-543-7669. ພວກເຮົາເຕັມໃຈຊ່ວຍທ່ານ! ກະລຸນາຂຽນເປັນຕົວໜັ້ນ (ໃຫ້ເສີມູ່ແມ່, ຜູ້ປົກຄອງ ຫລືຜູ້ຕິດຕໍ່ທີ່ເປັນຄົນຮັບຂ່າວຂໍ້ມູນຕິດຕາມ)

1 ຊື່ເກີດ	ຊື່ກາງ	ນາມສະກຸນ		
2 ບ່ອນຢູ່ທີ່ທ່ານຢູ່	ຖຸນິນ	ເມືອງ	ຮັດ	ຊິບໂລດ
3 ບ່ອນຢູ່ໄປສະນີ (ຖ້າແຕກຕ່າງກັນ)	ຖຸນິນ	ເມືອງ	ຮັດ	ຊິບໂລດ
4 ເລກໂທລະສັບຕ່າງໆ	5 ທ່ານມີຄວາມຫຍຸ້ງຍາກໃນການຢາກ, ອ່ານ, ຫລືຂຽນພາສາອັງກິດບໍ່?	ມີ <input type="checkbox"/>	ບໍ່ມີ <input type="checkbox"/>	
	ທ່ານປາກໃຫ້ສັ່ງໜັງສືຕ່າງໆຫາທ່ານເປັນພາສາອື່ນບໍ່?	ປາກໃຫ້ <input type="checkbox"/>	ບໍ່ປາກໃຫ້ <input type="checkbox"/>	
	ທ່ານຕ້ອງການນາຍພາສາບໍ່? (ຖ້າຢ່າງນັ້ນ, ພວກເຮົາຈະຊ່ວຍທ່ານຜ່ານນາຍພາສາ)	ຕ້ອງການ <input type="checkbox"/>	ຕ້ອງການ <input type="checkbox"/>	
	ທ່ານປາກພາສາຫຍັງ? _____			
ບ້ານ ( )	6 ໃນຄອບຄົວຂອງທ່ານມີຄົນຖືພາບໍ່?	ມີ <input type="checkbox"/>	ບໍ່ມີ <input type="checkbox"/>	
ບ່ອນເຮັດວຽກ ( )	ຖ້າ “ ມີ ”, ແມ່ນໃຜ? _____			
ຝາກຄວາມ ( )	ມີເດັກອາຍຸລູດ 19 ປີທີ່ມີຄວາມຕ້ອງການໆພະຍາບານດ່ວນບໍ່?	ມີ <input type="checkbox"/>	ບໍ່ມີ <input type="checkbox"/>	

### ຂ່າວຂໍ້ມູນທົ່ວໄປ

7 ໃຫ້ໃລສື່ສະມາຊິກຄອບຄົວທຸກຄົນທີ່ຢູ່ຮ່ວມກັນ (ຖ້າຈຳເປັນ, ໃຫ້ໃຊ້ເຈັຽຕື່ມເມື່ອຂຽນສື່ສະມາຊິກອບຄົວທຸກຄົນເພີ່ມ.)

ຊື່ (ຊື່ເກີດ, ຊື່ກາງ, ນາມສະກຸນ)	ຄວາມສຳພັນ ຕໍ່ທ່ານ	ວັນເດືອນປີເກີດ (ເດືອນ, ວັນທີ, ປີ)	ເລກປະກັນສັງຄົມ (ໄຊໂຊ) * = ເລືອກໄດ້	ເພດ ຊາຍ ຍິງ	ເປັນສັນຊາດອະເນຣິກັນ ແມ່ນ ບໍ່ແມ່ນ	ຖ້າເດັກບໍ່ເປັນສັນຊາດອະເນຣິກັນ, ໃຫ້ຕື່ມ
A. ພໍ່ແມ່, ຜູ້ປົກຄອງ, ຫລືຕົນເອງ			*		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	ເດັກມີເອກະສານ ແຈ້ງຖານະປະຊາຊົນ ຂອງລາວບໍ່? ມີ <input type="checkbox"/> ບໍ່ມີ <input type="checkbox"/>
B. ຜົວເມັດຫລືພໍ່ແມ່ອື່ນໆ (ຖ້າຢູ່ໃນເຮືອນດຽວກັນ)			*		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	ມີ <input type="checkbox"/> ບໍ່ມີ <input type="checkbox"/>
C. ໃຫ້ລົງຊື່ຂອງເດັກທຸກຄົນທີ່ອາຍຸລູດ 19 ປີລົງມາ (ຜູ້ທີ່ຕ້ອງການປະກັນໄພສຸຂະພາບ)					<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
D.					<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
E.					<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
F.					<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
G. ໃຫ້ລົງຊື່ຂອງຜູ້ໃຫຍ່ ເດັກນ້ອຍໃນເຮືອນທຸກຄົນ (ຜູ້ບໍ່ຕ້ອງການປະກັນໄພສຸຂະພາບ)			*		<input type="checkbox"/>	ພາບເຫດ: ກະລຸນາຕິດຂັດເອກະສານທີ່ສະແດງຖານະການເປັນປະຊາຊົນຂອງດັກໄປຝ້ອນ.
			*		<input type="checkbox"/>	

8 ເດັກທີ່ອາຍຸລູດ 19 ປີໃນຄອບຄົວແມ່ນຄົນມີການຫລືບໍ່? ແມ່ນ  ບໍ່ແມ່ນ  ຖ້າ “ແມ່ນ”, ແມ່ນໃຜ? \_\_\_\_\_

ຮາຍຈ່າຍຕ່າງໆ ຂໍ້ມູນນີ້ຈະຊ່ວຍເດັກຂອງທ່ານໄດ້ຮັບການຊ່ວຍເຫລືອ.

9 ທ່ານຈ່າຍຄ່າຝາກເດັກບໍ່ ໃນຕອນທີ່ທ່ານເຮັດວຽກບໍ່? ຈ່າຍ  ບໍ່ຈ່າຍ  ຖ້າ “ຈ່າຍ” ຈ່າຍເດືອນລະທີ່ໃດ? \$ \_\_\_\_\_

ທ່ານຈ່າຍໃຫ້ຄົນອື່ນຜູ້ໃຫຍ່ພາຍໃນບ້ານທີ່ເປັນມິການບໍ່? ຈ່າຍ  ບໍ່ຈ່າຍ  ຖ້າ “ຈ່າຍ” ຈ່າຍເດືອນລະທີ່ໃດ? \$ \_\_\_\_\_

10 ທ່ານໄດ້ຈ່າຍຄ່າລົງດັກຕາມຄຳສັ່ງຂອງສານໃນຕອນທີ່ທ່ານເຮັດວຽກບໍ່? ຈ່າຍ  ບໍ່ຈ່າຍ  ຖ້າ “ຈ່າຍ” ຈ່າຍເດືອນລະທີ່ໃດ? \$ \_\_\_\_\_